

Sección 8: OTROS DATOS DE SEGURO MÉDICO**INFORMACIÓN SOBRE OTRAS COBERTURAS MÉDICAS**

Inclúyase usted y a los miembros de su familia que tengan otros seguros médicos o que estén cubiertos por un programa de salud (como Tri-Care, Medicare o Medicaid), aunque no estén solicitando la cobertura de Basic Health.

*Llene las tres últimas columnas de la gráfica que sigue (marcadas con *) sólo si está solicitando una cobertura de Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad*

Apellido	Nombre	Inicial	Compañía de seguro médico o programa de salud	Número de teléfono de la compañía de seguro médico o programa de salud*	Número de póliza o grupo*	Fecha de caducidad de la póliza*
(Incluyase usted en primer lugar.)						
1.			()	()		
2.			()	()		

Sección 9: ACUERDO Y FIRMA**Entiendo que:**

- Debo proporcionar pruebas de los ingresos brutos de mi familia (antes de impuestos) e informar los cambios de ingresos que modificarían mi prima o mi elegibilidad para Basic Health y el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) dentro de los 30 días siguientes al final del mes en que se obtuvieron los nuevos ingresos. Mi firma en este formulario autoriza a Basic Health a verificar los ingresos de mi familia con otras agencias estatales o federales de declaraciones de impuestos.
- Deberé informar los cambios de dirección y los cambios en la familia, tales como, matrimonio o divorcio, el nacimiento de un bebé, o un(a) hijo(a) que abandona el hogar o ya no es dependiente ni estudiante a tiempo completo.
- La información que acompaña a esta solicitud podrá verificarla Basic Health o DSHS poniéndose en contacto con otras agencias estatales o federales.
- Esta solicitud y sus anexos se podrán utilizar para determinar la elegibilidad para Medicaid (cobertura de Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad).
- Al solicitar y recibir beneficios de ayuda médica, mi familia y yo le asignamos al estado de Washington nuestros derechos para el pago a cualquier tercero en concepto de cuidados médicos de servicios cubiertos mientras estemos recibiendo esos beneficios médicos.
- El depósito por Basic Health del pago de mi prima no garantiza la cobertura. El pago se me devolverá en el caso de que se determine que no soy elegible para la cobertura.

Autorizo a mi plan de salud o a mi proveedor de cuidados médicos para que entreguen a Basic Health mis historiales médicos o los de mis hijos menores de 18 años de edad, con el fin de participar en los programas de Basic Health y/o Asistencia Médica.

He leído y entiendo al información contenida en esta solicitud. Declaro bajo pena de perjuicio que la información que he suministrado en la presente y en la documentación adjunta es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Comprendo que toda persona que presente información falsa podría perder la cobertura, ser hallado financieramente responsable por los servicios recibidos bajo Basic Health o montos de primas adicionales adeudados y podría enfrentar otras sanciones, enjuiciamiento y acción de cobro.

EL ACUERDO DEBEN FIRMARLO TODOS LOS SOLICITANTES MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD

X	Firma de solicitante	Fecha	X	Firma del cónyuge	Fecha
X	Firma de todos los demás solicitantes de 18 años o mayores que pidan cobertura			X	
	Firma	Fecha		Firma	Fecha

El estado de Washington puede requerir la revelación de cualquier información que proporcione como registro público. El Aviso de Privacidad de la Autoridad de Salud (la agencia que administra Basic Health) está disponible cuando se solicite, llamando al teléfono 360-923-2822, o bien, en línea, en www.hca.wa.gov.

Sección 10: ¿ESTÁ COMPLETA SU SOLICITUD?**Use la lista de verificación que sigue para asegurarse de incluir:**

- Datos de ingresos de 30 días completos de todas las fuentes de ingresos.
- El formulario 1040 actual del IRS con todos los apéndices (no se acepta la W-2).
- Documentos que muestren su nombre y dirección de la calle donde vive.
- Orden de los tribunales que muestre la manutención de niños requerida que esté pagando (necesario para Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad).
- Solicitud firmada por todos los miembros de la familia mayores de 18 años de edad.
- Indique su opción de plan de salud en la primera página de esta solicitud.
- Incluya el Formulario de autorización (Permission Form) (que se encuentra en la carta de "Estimado solicitante"), si desea que alguna otra persona pueda tener acceso a la información de su cuenta.

Por favor incluya toda la documentación que se requiere y envíe todo en el sobre que se proporciona.

Envíelos por correo a: Basic Health, P.O. Box 94213, Seattle WA 98124-6513

¿Preguntas? Llame al teléfono 1-800-321-0291

En Internet, vaya a: www.basichealth.hca.wa.gov

8

Basic Health™



Washington State
DEPARTMENT OF
SOCIAL & HEALTH
SERVICES

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Solicitud**para Basic Health™**

Use tinta azul o negra para llenar esta solicitud. Su número de seguro social es voluntario, excepto donde se indique

¿Preguntas? Llame al teléfono 1-800-321-0291

Sección 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y EL HOGAR

Si necesita ayuda en un idioma distinto del inglés, ¿qué idioma y dialecto habla?

Se requiere evidencia del domicilio indicado a continuación (no un apartado postal).

Apellido del solicitante	Nombre	Apellido del segundo nombre
Calle (adjunte evidencia)	Apt. #	Ciudad
Dirección postal o de apartado postal (si es diferente a la anterior)	Ciudad	Estado
Número de teléfono del hogar () () ()	Número de teléfono durante el día () () ()	Estado civil (marque uno): <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) legalmente - Fecha de matrimonio: _____

Sección 2: COBERTURA PARA EL SOLICITANTE Y SU CÓNYUGE

Llene esta sección para el solicitante y su cónyuge legal aunque no pida cobertura.

Para el solicitante Indicado arriba	↓	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo cobertura?	¿Pide cobertura?	¿Ciudadano de EE.UU.?	¿Recibe asis- tencia médica de DSHS?
Apellido del cónyuge, nombre, inicial del segundo nombre		Número de seguro social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

¿Hay miembros en su familia que estén recibiendo en la actualidad beneficios de incapacidad de seguro social? Sí No

Si responde "sí," indíquelos aquí y adjunte copias de las cartas originales y actuales de concesión para cada uno de ellos:

¿Hay miembros de la familia elegibles para Medicare (el programa federal de salud para personas mayores de 65 años de edad o que hayan recibido seguro social por incapacidad durante más de dos años)? Sí No

De ser "sí," indíquelos aquí: _____

Sección 3: SELECCIÓN DE PLAN DE SALUD Y OPCIONES ADICIONALES DE PROGRAMAS**ESCOJA UN PLAN DE SALUD PARA SU FAMILIA**

No todos los planes de salud se encuentran disponibles en todos los condados. Lea *¿Cuánto costará la cobertura de Basic Health?* para ver los planes disponibles en donde esté viviendo.

MARQUE UNO...

- Asuris Northwest Health
- Columbia United Providers, Inc.
- Community Health Plan of Washington
- Group Health Cooperative of Puget Sound
- Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest
- Molina Healthcare of Washington, Inc.
- Premiera Blue Cross
- Regence BlueShield

SU SOLICITUD ES PARA:

- ¿Basic Health Plus para un menor de 19 años en esta solicitud? Sí No
 - ¿Basic Health Plus para un niño con una necesidad médica de emergencia? Sí No
 - ¿Cobertura para alguien que esté embarazada en la actualidad? Sí No
- Si responde sí, adjunte evidencia del nombre de la mujer embarazada y la fecha prevista para el parto.** La evidencia deberá proceder de su doctor, clínica o partera.

Fecha prevista del parto: _____ Nombre de proveedor: _____ Número de teléfono: _____

• ¿Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad y desea que se le transfiera a DSHS para recibir ayuda para las facturas médicas no pagadas de los últimos tres meses? Sí No

Si respondió sí, adjunte evidencia de ingresos para esos tres meses.

Si respondió "sí" a alguna de estas preguntas, se requiere números de seguro social.

TIPO DE COBERTURA (MARQUE UNO):

- Cobertura individual y/o familiar **O**
- Cobertura de grupo (por medio de un empleador, una agencia de atención domiciliaria o un patrocinador financiero)

Llene esta parte sólo si su prima la pagará en forma parcial o total su empleador, agencia de cuidados en el hogar o patrocinador financiero. (Entregue directamente su solicitud llena a su contacto de grupo).

Empleador y/u organización _____ Número de identificación de grupo _____ Número de teléfono durante el día () () ()

1

Sección 4: DEPENDIENTES LEGALES (si son más de tres, haga una lista por separado o copie esta página).

Incluya a todos sus dependientes legales, incluso si no pide cobertura para ellos y/o si no viven en su hogar. No incluya niños en hogar suplente. Los dependientes entre 19 y 22 años deberán estar inscritos a tiempo completo en una escuela acreditada o incapacitados para poder incluirse en su solicitud.

1	Apellido, nombre, inicial	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo o hija <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	¿Desea inscribirlo en Basic Health? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es el dependiente estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: _____	¿Está recibiendo el dependiente asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive el dependiente en el hogar todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Tiene impedimentos el dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

2	Apellido, nombre, inicial	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo o hija <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	¿Desea inscribirlo en Basic Health? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es el dependiente estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: _____	¿Está recibiendo el dependiente asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive el dependiente en el hogar todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Tiene impedimentos el dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

3	Apellido, nombre, inicial	Relación con el solicitante <input type="checkbox"/> Hijo o hija <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	¿Desea inscribirlo en Basic Health? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es el dependiente estudiante a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: _____	¿Está recibiendo el dependiente asistencia médica de DSHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive el dependiente en el hogar todo el tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Tiene impedimentos el dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

¿Está haciendo la solicitud para cualquier dependiente que no esté viviendo en su hogar todo el tiempo? **Si es así, llene lo siguiente.**

Nombre	Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Código postal

Si marcó "sí" en cualquiera de las casillas anteriores de "¿Desea inscribirlo en Basic Health Plus?" **¿quiere pagar por Basic Health regular hasta que DSHS comience a pagar la prima de su hijo(a) para Basic Health Plus?** Sí No **Si responde sí, vea ¿Cuánto costará la cobertura de Basic Health? e incluya la cantidad adicional que se deba pagar por cualquier dependiente con la solicitud.**

¿Paga manutención de niños ordenada por la corte? Si es así, ¿cuánto paga al mes? \$ _____ Sí No (Esto puede ayudarle a satisfacer los requisitos de Basic Health Plus o Programa de Beneficios de Maternidad.)

¿Respondió "no" a "ciudadano de EE.UU.?" para cualquier miembro de la familia que solicite Basic Health Plus o el programa de Beneficios de Maternidad? **Si es así, proporcione una copia (frente y dorso) de la documentación del INS (Servicio de Migración y Naturalización) e indique la fecha de llegada a los Estados Unidos.** Sí No

¿Sufre alguno de sus dependientes (mayores de 19 años) una incapacidad o de otra manera está bajo su custodia legal? **Si es así, adjunte una copia de los documentos de custodia legal.** Si su niño dependiente (por nacimiento o adopción) sufre una incapacidad, sólo necesita presentar comprobante que él/ella no puede mantenerse a sí mismo debido al impedimento. Sí No

¿Están recibiendo los dependientes afectados seguro social por incapacidad? **Si es así, adjunte una copia de los documentos de la elegibilidad para cada uno de los dependientes con incapacidad.** Sí No

Sección 7: INGRESOS DE LA FAMILIA (Continuación)

Hoja de ingresos por trabajo independiente o renta de programas de DSHS (FORMULARIO C)
Utilice este formulario sólo si está presentando una solicitud para Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad. Llene este formulario además de los A y B.

- Para este formulario, comuníquese las cantidades en dólares de su mes de calendario completo más reciente. **No saque el total ni transfiera esta página a la "Hoja de trabajo de ingresos de la familia"**. Este formulario sirve para ayudarlo a DSHS a determinar su elegibilidad para Basic Health Plus y/o el Programa de Beneficios de Maternidad.
 - Deberá proporcionar información sobre todos sus recibos en bruto y sus gastos para el último mes completo.
 - Si está pidiendo ayuda de DSHS para las cuentas médicas no pagadas de los últimos tres meses, deberá copiar este formulario y llenarlo para cada uno de esos meses.
- Nombre del solicitante: _____
Mes de: _____

1. Nombre de la empresa:	Tipo de empresa:
2. Domicilio de la empresa:	
<input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Propietario único	
Para asociaciones y sociedades anónimas, dé una lista de los miembros y sus relaciones: _____	
Si se trata de una sociedad anónima, cantidad mensual que le paga la empresa: \$ _____	

Marque y llene si ya no hace trabajo independiente.

Ya no estoy empleado por cuenta propia

Último día de trabajo: _____
Fecha del último pago: _____
Cantidad del último pago: \$ _____

Ingresos brutos de la empresa (sólo para el mes del informe)	\$
Empleados (sin incluirse usted mismo, su cónyuge ni sus hijos(as)):	_____
Salarios y comisiones pagados durante el mes del informe \$	_____
Parte correspondiente al empleador, de los impuestos de seguro social pagados durante el mes del informe	\$ _____
Gastos de la empresa (durante el mes del informe)	
Impresión	\$ _____
Franqueo postal y envíos	\$ _____
Provisiones y materiales	\$ _____
Publicidad y contabilidad	\$ _____
Seguros (sólo los relacionados con la empresa)	\$ _____
Licencias de negocios, derechos comerciales, etc.	\$ _____
Préstamos de negocios (sólo intereses pagados)	\$ _____
Impuestos empresariales (ventas, UI, L&I, B&Q, etc.)	\$ _____
Otros (enumere y describa):	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____
	\$ _____

Sede de la empresa	
¿Está la empresa en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De ser sí, ¿Usa la habitación o el lugar sólo para fines de la empresa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De ser sí:	Total de pies cuadrados (metros cuadrados) en su hogar: Pies cuadrados (metros cuadrados) utilizados para la empresa:
Renta (sólo para dirección de negocios o empresa en el hogar)	\$ _____
Intereses sobre su hipoteca	\$ _____
Servicios de utilidad pública (incluyendo teléfonos, electricidad, agua, etc.)	\$ _____
Costos de transporte de negocios	
¿Usa su vehículo sólo para asuntos de la empresa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Total de millas recorridas en el mes del informe:	
Total de millas recorridas en el empleo el mes del informe:	
Reparaciones de vehículos utilizados para negocios (pagadas sólo durante el mes del informe)	\$ _____
Honorarios de registro y licencia para el vehículo usado para negocios (pagados sólo el mes del informe)	\$ _____
Intereses sólo de pagos por vehículos utilizados para negocios (pagados sólo el mes del informe)	\$ _____
Marque y llene una de las casillas que siguen: <input type="checkbox"/> Deseo deducir \$.345 por milla por gasolina, aceite, y fluidos <input type="checkbox"/> Deseo deducir los gastos reales por gasolina, aceite, y fluidos	\$ _____

▶ Por favor, despegue por las perforaciones

▶ Por favor, despegue por las perforaciones

Sección 7 : INGRESOS DE LA FAMILIA (Continuación)

Hoja de trabajo de ingresos de empleo por cuenta propia o renta (FORMULARIO B)

Nombre del solicitante: _____

Use este formulario sólo si está empleado por cuenta propia y no presentó una declaración de impuestos para su empresa para el último año fiscal.

- Deberá llenar también el formulario C si está haciendo su solicitud para Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad.
- Si tiene más de una empresa, o usted y su cónyuge están los dos empleados por cuenta propia, tendrán que copiar este formulario y llenar uno para cada empresa.
- Llene este formulario y adjúntelo a su solicitud, además de toda la documentación.

Nombre de la empresa: _____

Número uniforme de identificación de la empresa (UBI): _____ Fecha de inicio de la empresa: _____

PROPIETARIO ÚNICO ASOCIACIÓN (% DE LA ASOCIACIÓN: _____) SOCIEDAD ANÓNIMA

Periodo de informe: Indique los meses que incluye en el informe desde que comenzó la empresa: _____ a _____ hasta septiembre de 2002 (por ejemplo: julio de 2002 hasta septiembre de 2002)

Cantidad total de meses del periodo de informe indicado antes: _____
(Esta sección se usa para calcular un promedio mensual para el periodo del informe.)

	GASTOS	INGRESOS
Línea 1. Ingresos brutos, ventas e ingresos por rentas		1. \$
Línea 2. Costo de bienes	2. \$	
Línea 3. Gastos permitidos por el IRS*	3. \$	
Línea 4. La mitad de los impuestos del negocio por cuenta propia	4. \$	
Línea 5. Deducción por uso del hogar para la empresa	5. \$	
Línea 6. Total de gastos permitidos (sume las líneas 2, 3, 4 y 5)		Gastos Totales 6. \$
Línea 7. Total de beneficios y pérdidas de empleo por cuenta propia para los meses incluidos arriba (reste la línea 6 de la 1)		Total de beneficios y pérdidas 7. \$
Línea 8. Divida el total de la línea 7 entre la cantidad de meses		Promedio mensual de ganancias y pérdidas 8. \$

Anote esta cantidad en la casilla 2 de la "Hoja de trabajo de ingresos de la familia".

*Los gastos permitidos por el IRS incluyen cantidades pagadas por sueldos y salarios, publicidad, gastos de automóviles y camiones, seguros (no médicos), servicios legales y profesionales, renta de equipos y propiedades de negocios, reparaciones y mantenimiento, suministros u otros gastos admitidos por el IRS. **Puede que se le pida que proporcione pruebas de sus gastos. Sin embargo, si está haciendo su solicitud para Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad, deberá proporcionar información sobre todos sus ingresos brutos y sus gastos del último mes completo.**

Sección 5: OTRO PROGENITOR BIOLÓGICO (SI VIVE EN SU HOGAR)

¿Está solicitando cobertura de Basic Health Plus para un menor cuyo progenitor biológico no está casado(a) legalmente con usted; pero vive en su hogar? (Esta información se usa sólo para determinar la elegibilidad para Basic Health Plus. Si dicha persona desea cobertura, deberá presentar una solicitud por separado.) Sí No

Si marcó que "sí" en lo que antecede, deberá llenar esta información sobre ese progenitor.

Adjunte una copia de los ingresos de dicha persona.

Nombre del otro progenitor biológico	Número de seguro social (requerido)	Fecha de nacimiento	Ingresos brutos	Número de teléfono durante el día
			()	()

Indique los nombres de los hijos de este progenitor que aparezcan en su solicitud:

Sección 6: INFORMACIÓN VOLUNTARIA

Contestar esta sección es voluntario y no afectará su habilidad para inscribirse, pero podría ayudarnos a prestarle mejores servicios.

ORIGEN ÉTNICO

- Negro, afroamericano Asiático o de las islas del Pacífico (API) ¿DÓNDE OBTUVO SU SOLICITUD?
- Blanco, caucásico Hispánico, latinoamericano De un familiar o amigo De una organización local sin fines de lucro
- Indígena (nativo americano) Especificar: _____ De un sitio en Internet De una oficina de gobierno, como DSHS o el departamento de salud local
- Esquimal Otros u orígenes étnicos mezclados De las islas aleutianas, aleutano Otros: _____

Sección 7: INGRESOS DE LA FAMILIA

Nombre del solicitante: _____

INDIQUE LOS NOMBRES DE TODOS LOS EMPLEADORES ACTUALES:

Suyos: _____
De su cónyuge: _____

DECLARACIÓN DE INGRESOS NULOS

- Marque esta casilla y firme abajo **si no ha tenido ingresos ni beneficios** durante los últimos 30 días.
- Marque esta casilla y haga que **su cónyuge** firme abajo **si no ha tenido ingresos ni beneficios** durante los últimos 30 días.

Usted _____ Fecha _____ Cónyuge _____ Fecha _____

Si no ha recibido 30 días actuales o consecutivos completos de ingresos o beneficios de cualquier fuente de ingresos que haya incluido en la "Hoja de trabajo de ingresos de la familia" (página 4, sección 7 de la solicitud), haga el favor de explicar aquí el por qué.
Indique también los períodos para los que no tenga documentación.

Usted mismo _____ Fecha _____ Cónyuge _____ Fecha _____

Sección 7 : INGRESOS DE LA FAMILIA (Continuación)

Hoja de trabajo de ingresos de la familia

Fuente de ingresos y beneficios	Cantidad mensual (antes de impuestos)	ENVÍE UNA COPIA DE:
1. Sueldos, salarios, comisiones y propinas, en bruto (incluyendo horas extra y pagos extras)	USTED \$ _____ CÓNYUGE Y/O HIJOS(AS) \$ _____	Talones de pagos de los 30 días consecutivos más recientes (deben mostrar períodos y fechas de pago, su nombre y sus ingresos brutos).
2. *Empleo por cuenta propia o ingresos de renta (ganancias o pérdidas) del formulario A o el B	USTED \$ _____ CÓNYUGE \$ _____	UBI n.º, _____ "Hoja de trabajo de ingresos de empleo por cuenta propia y renta" llena (debe incluir el formulario 1040 del IRS y todos los apéndices).
3. Compensaciones de desempleo	USTED \$ _____ CÓNYUGE \$ _____	Talones de pagos de los 30 días más recientes (cuatro semanas actuales consecutivas)
4. Beneficios de ingresos de jubilación de seguro social, de sobreviviente, de incapacidad, de ingresos suplementales de seguro (indique con un círculo el tipo que recibe)	USTED \$ _____ CÓNYUGE Y/O HIJOS(AS) \$ _____ BENEFICIOS PARA TODOS LOS NIÑOS \$ _____	Beneficios más recientes y/o carta de concesiones recibidas en el año en curso.
5. Jubilación o pensiones	USTED \$ _____ CÓNYUGE \$ _____	Talón de pago, carta de adjudicación, declaración de beneficios que muestre los beneficios mensuales actuales o concesión de pensiones que muestre las cantidades mensuales.
6. Manutención de niños, respaldo familiar o pensión alimenticia que reciba	USTED \$ _____ CÓNYUGE Y/O HIJOS(AS) \$ _____	Declaración firmada por la persona que pague manutención de niños o pensión alimenticia, copia de cheques, documentos de los tribunales o declaración de la Oficina de Ejecución Legal, para los 30 días más recientes. NOMBRE DEL NIÑO RECEPTOR: _____
7. Beneficios de seguro (cuotas mensuales)	USTED \$ _____ CÓNYUGE Y/O HIJOS(AS) \$ _____	Carta de adjudicación o declaraciones de beneficios de compañía aseguradora que muestre sus beneficios mensuales actuales. NOMBRE DEL NIÑO RECEPTOR: _____
8. Intereses, dividendos, fideicomisos y anualidades	USTED \$ _____ CÓNYUGE Y/O HIJOS(AS) \$ _____	Declaración actual (mensual, trimestral o semestral) de todas las fuentes. Si no se proporciona, se promediará del formulario 1040 del IRS. NOMBRE DEL NIÑO RECEPTOR: _____
9. Beneficios de excombatientes y asignaciones militares	USTED \$ _____ CÓNYUGE Y/O HIJOS(AS) \$ _____	Carta de adjudicación o declaración de beneficios que muestre sus beneficios mensuales actuales. NOMBRE DEL NIÑO RECEPTOR: _____
10. L & I (compensación para los trabajadores)	USTED \$ _____ CÓNYUGE \$ _____	Declaración de L & I que muestre 30 días actuales consecutivos (dos declaraciones de 14 días actuales consecutivos).
11. Asistencia pública (concesiones en efectivo de DSHS; no incluya cupones para alimentos)	USTED \$ _____ CÓNYUGE \$ _____	Carta de adjudicación que muestre sus beneficios mensuales actuales y las fechas en que se recibió.
12. Otro: (Explique por favor.)	USTED \$ _____ CÓNYUGE Y/O HIJOS(AS) \$ _____	NOMBRE DEL NIÑO RECEPTOR: _____
SUBTOTAL \$ _____ Reste gastos de cuidado de niños relacionados con el trabajo - \$ _____ TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES \$ _____		Copias de recibos. Si están casados, ambos progenitores deberán estar empleados para deducir los gastos de cuidado de los hijos. Esta cantidad se utilizará para determinar su prima mensual de Basic Health.

*Si está empleado por cuenta propia, llene la "Hoja de trabajo de ingresos de empleo por cuenta propia y renta" (Formulario A o B y/o C) en las páginas que siguen. Transfiera las ganancias o las pérdidas totales de su "Hoja de trabajo de ingresos de empleo por cuenta propia y renta" (Formulario A o B) a esta "Hoja de trabajo de ingresos de la familia", en la casilla 2 que antecede.

Sección 7 : INGRESOS DE LA FAMILIA (Continuación)

Hoja de ingresos por trabajo independiente o rentas (FORMULARIO A)

Nombre del solicitante: _____

Use este formulario (formulario A) sólo si está empleado por cuenta propia y presentó una declaración de impuestos (Formulario 1040 del IRS) para el último año calendario. Si todavía no ha hecho una declaración de impuestos para la empresa, pase al formulario B.

- Si tiene más de una empresa o usted y su cónyuge están los dos empleados por cuenta propia, tendrán que copiar este formulario y llenar uno para cada empresa.
- Llene este formulario y adjúntelo a su solicitud, además del formulario 1040 del IRS y toda la documentación.
- Asimismo, llene el formulario C si está haciendo su solicitud para Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de Maternidad.
- Si es propietario único o tiene propiedades de renta, llene la parte 1 que sigue.
- Si su empresa es una asociación, llene la parte 2 que sigue.
- Si su empresa es una sociedad anónima, llene la parte 3 que sigue.

PARTE 1. INGRESOS DE PROPIETARIO ÚNICO O RENTA

Nombre de la empresa: _____

Número uniforme de identificación de empresa (UBI): _____

Fecha de inicio de la empresa: _____

Con su formulario 1040 del IRS y los apéndices C, E y/o F, llene lo siguiente.

Deberá presentar copias del formulario 1040 del IRS y los apéndices C, E y/o F.

Línea 1. Ingreso brutos del año (del apéndice)	1. \$	
a. Gastos totales del año (del apéndice)	1a. \$	
b. Gastos por uso del hogar para negocios (del apéndice)	1b. \$	
c. La mitad del impuesto del empleo por cuenta propia de la línea 27 del formulario 1040 del IRS	1c. \$	
Línea 2. Sume las líneas 1a, 1b y 1c (anteriores) y escribala aquí	2. \$	
Línea 3. Reste la línea 2 de la 1 y escribala aquí	3. \$	
Línea 4. Divida por 12 la cantidad en dólares de la línea 3 (Beneficios o pérdidas anuales) escribala aquí	4. \$	*

*La línea 4 indica sus ingresos (o pérdidas) mensuales del empleo por cuenta propia. Escriba esta cantidad en la "Hoja de trabajo de ingresos de la familia", casilla 2.

Deberá presentar copias de todas las páginas de su formulario 1040 del IRS y todos los apéndices que incluyó.

PARTE 2. ASOCIACIÓN

Nombre de la empresa: _____

Número uniforme de identificación de empresa (UBI): _____

Fecha de comienzo de la empresa: _____

Su porcentaje de la empresa: _____

- Examine su formulario 1065 del IRS (declaración de ingresos de asociación de los Estados Unidos) y su formulario 1040 del IRS (declaración individual de impuestos sobre la renta de los Estados Unidos).
- Agregue sus "pagos garantizados a socios" de su formulario 1065 del IRS (Apéndice K-1) y sus beneficios o pérdidas del cronograma E de su formulario 1040 del IRS.
- Divida el resultado por 12 (o la cantidad de meses que tuvo actividades de negocios en el año calendario del informe).
- Escriba la cantidad mensual resultante en la casilla 2 de la "Hoja de trabajo de ingresos de la familia".

Deberá presentar copias de todas las páginas y los apéndices del formulario 1040 del IRS. Deberá incluir también copias de la declaración de impuestos de su asociación (formulario 1065 del IRS, con todas las páginas y los apéndices, incluyendo el K-1s).

PARTE 3. SOCIEDAD ANÓNIMA

Nombre de la empresa: _____

Número uniforme de identificación de empresa (UBI): _____

Fecha de comienzo de la empresa: _____

Tipo de corporación: _____

- Examine su formulario 1120S del IRS (declaración de impuestos sobre la renta de los Estados Unidos para una sociedad anónima -S) y su formulario 1040 del IRS (declaración individual de impuesto sobre ingresos de los Estados Unidos) para el año calendario del informe.
- Divida por 12 (o por la cantidad de meses que tuvo actividades de negocios durante el año calendario del informe) su "compensación para dirigentes" del formulario 1120S del IRS. Anote la cantidad mensual resultante en la línea 1 de la "Hoja de trabajo de ingresos de la familia". **No cuente su sueldo mensual actual que reciba de la sociedad anónima.** Si ha habido algún cambio en la cantidad actual de su "compensación para dirigentes", haga el favor de incluir una verificación para los 30 últimos días.

Deberá presentar copias de todas las páginas y los apéndices de sus formularios 1040, 1120S, y el apéndice K-1s del IRS.